

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1882

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 28 décembre 1882, à 1 heure.

PAR ARMAND-CHARLES-MARIE DAVY

Né à Saint-Brice-en-Cogles (Ille-et-Vilaine), le 10 octobre 1852

Ancien interne à l'hôpital civil de Versailles

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE L'HERPÈS DES MUQUEUSES DE L'HERPÈS DU LARYNX

Président : M. LABOULBÈNE, professeur.

*Juges : MM. { DAMASCHINO, professeur.
 { HALLOPEAU, LEGROUX, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

A. PARENT, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

A. DAVY, Successeur

29-31, RUE MONSIEUR-LE-PRINCE

1882

Année 1882

THÈSE

N°

62

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 28 décembre 1882, à 1 heure.

PAR ARMAND-CHARLES-MARIE DAVY

Né à Saint-Brice-en-Cogles (Ille-et-Vilaine), le 10 octobre 18 52

Ancien interne à l'hôpital civil de Versailles

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE L'HERPÈS DES MUQUEUSES DE L'HERPÈS DU LARYNX

Président : M. LABOULBÈNE professeur.

Juges : MM. { DAMASCHINO, professeur.
HALLOPEAU, LEGROUX, agrégés.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

A. PARENT, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

A. DAVY, Successeur

29-31, RUE MONSIEUR-LE-PRINCE

1882

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

Doyen..... M. BÉCLARD.

Professeurs..... MM.

Anatomie.....	SAPPEY.
Physiologie.....	BÉCLARD.
Physique médicale.....	GAVARRET.
Chimie organique et chimie minérale.....	WURTZ.
Histoire naturelle médicale.....	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	{ JACCOUD.
	{ PETER.
	{ GUYON.
Pathologie chirurgicale.....	{ DUPLAY.
	{ CORNIL.
Anatomie pathologique.....	ROBIN.
Histologie.....	LE FORT.
Opérations et appareils.....	REGNAULD.
Pharmacologie.....	HAYEM.
Thérapeutique et matière médicale.....	BOUCHARDAT.
Hygiène.....	BROUARDEL.
Médecine légale.....	
Accouchements, maladies des femmes en couche et des enfants nouveau-nés.....	PAJOT.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LABOULBÈNE.
Pathologie comparée et expérimentale.....	VULPIAN.
	{ SEE (G.)
Clinique médicale.....	{ LASÈGUE.
	{ HARDY.
	{ POTAIN.
Maladies des enfants.....	PARROT.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	BALL.
Clinique des maladies syphilitiques.....	FOURNIER.
Clinique des maladies nerveuses.....	CHARCOT.
	{ RICHEL.
Clinique chirurgicale.....	{ GOSSELIN.
	{ VERNEUIL.
	{ TRÉLAT.
Clinique ophthalmologique.....	PANAS.
Clinique d'accouchements.....	DEPAUL.

DOYENS HONORAIRES : MM. WURTZ et VULPIAN.

Professeurs honoraires :

MM. le baron J. CLOQUET et DUMAS.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
BERGER.	GAY	LEGROUX	REMY.
BOUILLY.	GRANCHER.	MARCHAND.	RENDU.
BOURGOIN	HALLOPEAU.	MONOD.	RICHEL.
BUDIN.	HENNINGER.	OLLIVIER.	RICHELOT.
CADIAT.	HANRIOT.	PEYROT.	STRAUS.
DEBOVE.	HUMBERT.	PINARD.	TERRILLON.
DIEULAFOY.	LANDOUZY.	POZZI.	TROISIER.
FARABEUF, chef des travaux anatomiques.	JOFFROY.	RAYMOND.	
	DE LANESSAN.	RECLUS.	

Secrétaire de la Faculté : CH. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1789, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX DE RENNES

A MM. RÉMILLY, MAURICE, PARIS

Médecins de l'hôpital civil de Versailles

A MM. LEROUX, GODEFROY, VELTEN

Chirurgiens de l'hôpital civil de Versailles

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX DE PARIS

A MON PRÉSIDENT DE THESE

M. LE PROFESSEUR LABOULBÈNE

Professeur à la Faculté de médecine de Paris

Médecins de l'hôpital de la Charité

Membre de l'Académie de médecine

Officier de la Légion d'honneur

A M. LE DOCTEUR PROUST

Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris

Médecin de l'hôpital Lariboisière

Chevalier de la Légion d'honneur

**A MES CAMARADES D'INTERNAT A L'HOPITAL
CIVIL DE VERSAILLES**

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A MON PÈRE

A MES PARENTS

A MES AMIS

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE L'HERPÈS DES MUQUEUSES

DE L'HERPÈS DU LARYNX

INTRODUCTION

Pendant l'époque que nous avons consacrée à l'étude des maladies du larynx dans le service de notre excellent maître, M. le Dr Proust, notre attention fut vivement appelée sur un malade atteint d'herpès pharyngo-laryngé dont nous avons recueilli l'observation avec soin. Aussitôt nous nous mîmes en quête d'observations analogues, mais notre étonnement fut grand de ne rencontrer dans les annales de la science qu'une seule relation d'herpès localisé à l'organe vocal. Sans doute cette localisation était supposée et même admise par tous les auteurs qui se sont occupés de pathologie laryngée ; les travaux qui ont trait à l'herpès des muqueuses

signalaient la possibilité de l'extension de cette éruption du pharynx au larynx, avant que personne eût jamais constaté directement la vésicule d'herpès sur la muqueuse laryngée, ce qui était nécessaire pour entraîner, au besoin pour forcer la conviction.

En 1878, M. le Dr Fernet vient lire à la Société clinique de Paris une observation très intéressante d'herpès du larynx recueillie sur un tuberculeux de son service. L'examen laryngoscopique a pu être fait et a permis de constater d'une façon non douteuse la présence de vésicules d'herpès sur la muqueuse laryngée.

Cette localisation, soupçonnée mais non démontrée jusque-là, était donc établie définitivement, grâce à l'exploration physique de l'organe, et le laryngoscope, une fois de plus, avait transformé en vérité démontrée une hypothèse qui n'était basée que sur des inductions plus ou moins justifiées. Mais jusqu'ici ce cas d'herpès du larynx observé de visu est resté unique.

C'est ce qui nous détermine à publier notre observation, en en faisant la base et le sujet de notre thèse inaugurale. Il est superflu de dire que nous n'avons aucune prétention à la nouveauté et à l'originalité. Le but de ce travail est de résumer tout ce qui a trait à l'herpès du larynx, en nous inspirant de l'observation de M. Fernet et aussi en tirant profit des matériaux que nous avons pu réunir.

Le sujet est délicat puisqu'il est inexploré, aussi

aurons-nous des difficultés à surmonter. Mais nous espérons que nos juges nous tiendront compte de notre bonne volonté et nous accorderont toute leur bienveillance.

Qu'il nous soit permis, avant de terminer, de remercier M. le professeur Laboulbène d'avoir bien voulu accepter la présidence de notre thèse.

Nous prions aussi M. le Dr Proust de croire à notre vive reconnaissance pour la libéralité avec laquelle il nous a ouvert son service de l'hôpital Lariboisière.

HISTORIQUE

L'herpès du larynx comme celui des muqueuses, donnant lieu le plus souvent à l'existence de pseudo-membranes, a dû être confondu avec les autres affections couenneuses du larynx et en particulier avec la diphthérie. Aussi croyons-nous devoir passer rapidement en revue l'histoire des différentes affections couenneuses du larynx.

Avant Bretonneau, on entendait sous le nom de croup plusieurs maladies absolument différentes.

La description célèbre de Home n'indique rien de bien spécifique. La maladie n'est pas contagieuse, elle débute par la partie supérieure de la trachée et ne présente que des phénomènes d'asphyxie. A l'autopsie on ne trouve que des fausses membranes très limitées. Nous le voyons, cet auteur englobait

sous le nom de croup toutes les affections couenneuses, sans se demander s'il y avait un élément spécifique qui les rattachât entre elles.

Dans les ouvrages envoyés pour le concours de 1808, nous ne voyons pas non plus des caractères évidents de diphthérie. Le croup décrit par Jurine débute par le larynx ou par la trachée. C'est une affection catarrhale de la muqueuse de ces parties produites par une irritation inflammatoire spéciale, toujours compliquée d'une irritation spasmodique locale et ordinairement accompagnée, à une époque plus ou moins voisine de l'invasion, d'une concrétion de forme et d'apparence membraneuse qui se développe dans le canal aérien.

Les symptômes sont : une toux rauque, une inspiration sifflante, la fréquence de pouls, la coloration du visage. La mort survient par asphyxie, jamais par intoxication. Pas d'angoisses ni d'engorgement ganglionnaire, la maladie se manifeste surtout pendant les épidémies d'affections catarrhales.

Voilà encore une description de laryngite pseudo-membraneuse, mais ici nous ne trouvons aucun argument qui puisse nous convaincre que Jurine eût en vue la diphthérie.

Bretonneau, dans ses immortels travaux sur la diphthérie, prouve l'identité de nature de l'angine couenneuse, de l'angine gangréneuse et du croup. Mais pour arriver à cette démonstration, il différencie avec soin les diverses laryngites pseudo-

membraneuses. Il diagnostique trois angines qui simulent la diphthérie des voies aériennes : l'angine striduleuse, la simple trachéite et l'angine membraneuse ou polypeuse. Cette angine diffère, selon lui, de l'angine pelliculaire diphthéritique par sa nature et les circonstances dans lesquelles elle se manifeste.

« Parmi les nombreuses observations de croup publiées dans les ouvrages périodiques, il en est plusieurs, dit-il, où la maladie se termine par l'heureuse expulsion d'une fausse membrane. L'intensité de la fièvre, la douleur rapportée au larynx et la marche entière de la maladie semblent indiquer une inflammation de tout autre nature. »

Bretonneau n'invoque donc pas ici l'anatomie pathologique, et cherche ses arguments dans un ordre plus élevé.

« En rapprochant les histoires particulières qu'on trouve éparses dans divers ouvrages périodiques, dit le même auteur, on voit que cette affection s'est toujours montrée isolément ; ordinairement, elle paraît la conséquence de causes appréciables. Les symptômes inflammatoires qui l'accompagnent sont beaucoup plus prononcés que dans l'angine diphthéritique ; une douleur vive est ressentie dans le larynx dès le début de la maladie ; elle devient encore plus cuisante après l'expulsion de la concrétion qui ne paraît pas s'accroître et se propager à la manière de pellicules diphthéritiques. »

Si nous prenons le soin de citer textuellement les

paroles de Bretonneau, c'est pour montrer combien cet illustre clinicien avait à cœur de différencier la diphthérie de certaines affections pseudo-membraneuses qui, tout en présentant les mêmes lésions anatomiques que cette dernière maladie, en différaient absolument quant à la nature.

Andral (Précis d'anatomie pathologique, 1829, tome II, p. 483) ne croit pas que le croup soit toujours dû à la même cause. « Il faut rechercher si, chez les enfants atteints de croup, il n'y a pas de conditions d'innervation ou d'hématose qui soient la cause principale de la formation des pseudo-membranes. Tantôt ces conditions donnent elles-mêmes naissance à l'hyphémie d'intensité variable, à la suite de laquelle apparaît la concrétion ; tantôt ces conditions se manifestent par la production d'une fausse membrane, à l'occasion d'une hyperhémie qu'une autre cause a développée. »

Guersant s'exprime ainsi (Dictionnaire en trente volumes, 1830, tome IX, p. 352) : « D'autres maladies se rapprochent du croup par la présence de la concrétion plastique. L'expuition d'une fausse membrane formée dans la trachée ou les bronches ne suffit pas pour caractériser seule le croup ; plusieurs inflammations de ces parties peuvent se terminer par une concrétion couenneuse, et cependant ne pas offrir les symptômes de l'affection diphthéritique du larynx. »

Guersant dit en avoir vu plusieurs exemples. Cette affection est d'ordinaire bénigne, parce qu'il

n'y a pas à craindre, comme dans le croup, de recrudescence de la fausse membrane.

Jusqu'ici, nous le voyons, les auteurs s'efforcent de séparer de la diphthérie des affections différentes n'ayant de commun que cette lésion : la fausse membrane.

M. Bergeron, lui aussi, renonce à voir la diphthérie partout où il y a des fausses membranes. Pour lui, il existe non seulement une angine couenneuse non toxique ayant son siège sur l'isthme du gosier, mais encore cet auteur entrevoit la possibilité d'un croup de même nature, d'un croup couenneux simple survenant dans le larynx primitivement, ou peut-être consécutivement à l'angine couenneuse commune de Bretonneau.

Le savant médecin de l'Hôpital Sainte-Eugénie s'est appuyé dans un cas de croup sur la présence des vésicules d'herpès aux lèvres pour diagnostiquer une laryngite couenneuse non diphthéritique ; la trachéotomie amena une guérison rapide (Des éruptions qui compliquent la diphthérie, et de l'albiminurie considérée comme symptôme de cette maladie par Maugin, *Moniteur des hôpitaux*, 6 novembre 1858. Obs. VIII).

D'après M. le professeur Laboulbène (1), M. Sanderson aurait une trop grande tendance à confondre avec la diphthérie toutes les affections exsudatrices

(1) Recherches cliniques et anatomiques des affections pseudo-membraneuses. Laboulbène, 1863.

du larynx. Notre éminent maître reconnaît trois espèces de croup :

1° Le croup diphthérique, épidémique ou non, succédant très souvent à l'angine diphthérique, remarquable par son caractère insidieux ;

2° Le croup diphthérique non infectieux, simplement strangulatoire ou primitivement localisé dans le larynx. Ce croup est réellement diphthérique, puisqu'il produit par contagion les autres formes de la diphthérie et qu'il s'accompagne trop souvent dans sa marche de symptômes infectieux ou de diphthérie généralisée.

3° Le croup pseudo-membraneux simple non diphthérique, débutant par le larynx, ayant des phénomènes d'acuité plus considérables que ceux du croup diphthérique, et guérissant parfaitement par la trachéotomie. M. Laboulbène divise ce dernier croup en croup herpétique, le plus léger, croup rubéolique, grave, et croup scarlatineux, très grave.

« Ces divisions, dit-il, ont encore besoin de beaucoup de faits pour être acceptées sans réserve. Je ne fais que les indiquer. »

C'est donc dans l'ouvrage important de ce professeur que se trouvent pour la première fois nettement formulés les différents croups et, en particulier, le croup herpétique qui nous intéresse spécialement.

Morax, dans sa très remarquable thèse sur les affections couenneuses du larynx (1864), distingue, en dehors du croup diphthérique, le croup inflam-

matoire, le croup catarrhal et le croup herpétique. mais il est forcé de convenir que, dans l'état actuel de la science, on ne peut encore donner de description propre à chacune de ces espèces.

« Les symptômes dus à l'irritation laryngée, dit cet auteur, sont les mêmes que ceux du croup diphthérique non infectieux. Nous savons que l'herpès peut se produire dans toutes les maladies aiguës, et, de sa présence, nous ne concluons pas à la nature herpétique de la maladie ; mais il nous semble que l'on doit tenir un sérieux compte de la coexistence fréquente de ces deux affections. On peut comparer le larynx au pharynx ; les vésicules herpétiques se montrent sur toutes les muqueuses, voire même celle de l'urèthre (Moniteur des hôpitaux, 1858). Tantôt c'est un simple herpès buccal qui se complique de croup ; tantôt c'est un croup qui se termine par une éruption de vésicules herpétiques.

Nous pouvons voir par l'énumération de ces différentes opinions que les auteurs ont une tendance à rapporter à l'herpès la plupart des croups qu'ils considèrent comme non diphthériques. Jusqu'ici ils n'ont procédé que par inductions et hypothèses, mais, nous allons le voir, leurs vues semblent parfaitement justifiées.

En 1857, Gubler démontre l'existence de l'herpès des muqueuses en donnant une histoire complète de l'herpès guttural.

Féron en 1858 prend comme sujet de sa thèse

inaugurale : De l'angine herpétique ; il admet comme propagation de cette maladie une laryngite simple, hypothèse que combat M. Morax, qui, comme nous l'avons vu, admet la possibilité d'un croup herpétique.

Tel était l'état de la question lorsque M. Fernet, armé du laryngoscope, surprend la vésicule herpétique sur la muqueuse du larynx. Son intéressante communication est relatée tout au long dans les comptes rendus de la Société clinique de Paris, séance du 24 octobre 1878.

DÉFINITION

Par herpès du larynx nous entendons une affection caractérisée anatomiquement par l'éruption sur les parois laryngées d'un plus ou moins grand nombre de vésicules d'herpès, pouvant donner chacune naissance à une ulcération ou bien à une exsudation plastique pseudo-membraneuse.

De cette définition, il résulte que l'herpès du larynx, comme l'herpès guttural et l'herpès des muqueuses en général, se présente sous deux formes : l'une vésico-ulcéreuse, l'autre pseudo-membraneuse. Aussi pouvons-nous dès l'abord poser cette importante question : n'y a-t-il pas de croup herpétique correspondant à l'angine couenneuse commune de Bretonneau ? Nous avons vu au chapitre de l'historique que plusieurs auteurs ont déjà

répondu par l'affirmative, nous aurons à rechercher, chemin faisant, s'il est possible de caractériser nettement cette forme de croup.

Pour justifier notre appellation d'herpès du larynx, nous rappelons que Gubler, établissant l'identité de nature de l'herpès labialis avec l'angine couenneuse commune, avait dénommé cette dernière maladie : herpès guttural. Aussi, convaincu que nous sommes d'avoir affaire à une affection identique ne différant que par le siège, nous avons fait choix de la même dénomination. Pour la même raison que l'éminent professeur, nous renonçons à dire laryngite herpétique : « l'adjectif herpétique en effet semble prendre actuellement un sens assez bien défini, et s'emploie par euphémie pour qualifier les affections dérivées de ce qu'on appelle vulgairement le vice dartreux. Toute réflexion faite, ce vice ne me paraît pas suffisant pour me priver d'un mot juste et conforme à la syntaxe, néanmoins j'éviterai de l'employer habituellement. »

SYMPTOMES

L'herpès du larynx n'est en somme que la localisation d'une maladie générale, la fièvre herpétique. Cette maladie présente donc toujours plusieurs traits communs et ne varie surtout que par la diversité des localisations. Tantôt elle se juge pour

ainsi dire par une éruption pharyngée, c'est l'herpès guttural, tantôt c'est un herpès labialis, dans d'autres cas ce sera le larynx, ou la conjonctive, le prépuce etc., qui se recouvriront des vésicules caractéristiques. Le début et les signes généraux ne différeront guère avec les diverses localisations. Nous n'aurons donc pas à nous appesantir ici sur les phénomènes propres à la fièvre herpétique, lesquels ne présenteront pas de caractères spéciaux dans l'herpès laryngé.

Dans son Traité des angines, M. le professeur Lasègue insiste sur la brusquerie du début de l'angine herpétique. « Le malade est saisi presque subitement d'un malaise énorme, » nous dit-il. Aussi parfois observe-t-on un frisson intense qui marque avec une précision absolue le début de la maladie. Mais assez souvent l'accident initial de la fièvre herpétique n'est pas un frisson violent avec tremblement généralisé et claquement des dents ; tout se borne à un refroidissement, sensible surtout aux extrémités inférieures. La céphalalgie, la courbature, la douleur de reins, voilà aussi des symptômes de début de la fièvre herpétique.

Dans les deux cas de localisation laryngée, le début ne paraît pas avoir été brusque et bruyant ; les malades se sont couchés bien portants et le lendemain au lever ils étaient mal en train ; l'un, le sujet de notre observation personnelle, avait mal à la gorge mais il a pu vaquer à ses occupations journalières, l'autre, celui de M. Fernet, ressentait des

picotements dans les yeux et de la diarrhée, mais pas de fièvre.

Après ces débuts variables, le malade ressent un mal de gorge qui peut n'être qu'une simple gêne provoquée surtout par la déglutition. En même temps ou un peu plus tard on constate un enrrouement plus ou moins accentué qui peut aller jusqu'à la perte complète de la voix. Ces symptômes augmentent rapidement d'intensité et le deuxième ou le troisième jour, on peut par l'examen laryngoscopique constater directement les lésions produites au niveau de la muqueuse vocale.

Le miroir décèle alors de petites vésicules blanchâtres, opalines, le plus souvent grosses comme une tête d'épingle, entourées d'une auréole inflammatoire assez considérable. Ces vésicules sont plus ou moins nombreuses et se localisent surtout sur la face laryngée de l'épiglotte et sur la muqueuse ary-ténoïdienne.

Elles changent rapidement de forme, aussi faut-il pratiquer hâtivement l'examen laryngoscopique pour découvrir l'herpès à l'état vésiculaire. En effet au bout d'un temps relativement court, vingt-quatre ou trente-six heures environ, ces vésicules pâlis-sent et disparaissent, ne laissant après elle aucune trace de leur passage ou bien elles sont remplacées par des ulcérations arrondies en forme de capsule en raison du gonflement du tissu qui les supporte. Le plus souvent elles sont remplacées par des fausses membranes plus ou moins confondues, partant,

plus ou moins étendues. On comprend donc que l'exploration physique à cette période permette difficilement à l'observateur de se prononcer entre l'herpès du larynx et la laryngite diphthérique.

Nous avons effleuré à dessein les symptômes fonctionnels qui n'ont ici rien de spécial. En effet l'aphonie existe toutes les fois que le larynx est touché par une lésion, quelle qu'elle soit; la dysphagie est sous la dépendance de l'épiglotte et des cartilages aryénoïdes qui, se trouvant sur le passage du bol alimentaire, entraînent des troubles de la déglutition toutes les fois qu'ils sont lésés. Rappelons ici que la coexistence de l'herpès guttural jouera un rôle important dans la production de ce symptôme, et que la déglutition douloureuse et difficile, ainsi que les douleurs d'oreilles et la salivation, coexiste avec les lésions pharyngées, aussi bien qu'avec les lésions aryénoïdiennes et épiglottiques.

Nous n'insisterons pas non plus sur les symptômes propres au croup et qui, très vraisemblablement peuvent faire partie de la physionomie clinique de l'herpès du larynx au moins chez les enfants. Nous faisons allusion en ce moment au cornage laryngé, à l'asphyxie et au tirage, aux accès de suffocation. L'herpès du larynx, nous le répétons, doit être un des modes du croup, mais nous ne nous sentons pas suffisamment autorisé pour trancher définitivement cette question. D'ailleurs cette opinion ne comporte guère d'intérêt

pratique, puisqu'elle ne pourra modifier un mode de traitement, la trachéotomie, qui ne répond qu'à une indication symptomatique : c'est-à-dire l'asphyxie.

MARCHE.

La marche de l'herpès du larynx est franchement aiguë. Après une période variable mais assez courte de prodromes plus ou moins intenses, l'éruption se déclare et dure peu de temps.

Comme pour l'herpès des muqueuses en général, chaque vésicule achève son évolution en deux ou trois jours au plus. Mais l'éruption de ces vésicules est très souvent successive, ce qui fait varier la durée de cette affection. Elle sera donc d'autant plus courte que l'éruption sera moins intense et cependant il n'en est pas toujours ainsi.

Quant à l'intensité réciproque des symptômes généraux et locaux on voit de très grandes variétés. La réaction peut être vive et l'éruption légère, comme pour l'herpès guttural, dans d'autres cas c'est le contraire qui se produira.

L'apparition de vésicules d'herpès aux lèvres ou à la gorge ne constituera pas une complication; on aura plutôt affaire à une seule et même affection ou plutôt à une seule manifestation morbide. Rappelons ici que le malade de M. Fernet présentait une éruption d'herpès généralisé. Chez le sujet de notre

observation, l'herpès guttural coexistait avec l'herpès laryngé.

La durée de la maladie est variable. Elle ne présente pas de différences avec les diverses localisations de l'éruption, aussi est-elle de sept à douze jours environ.

La terminaison ordinaire est la guérison. Faisons pourtant une restriction pour les enfants qui, par suite de l'exiguité de la cavité laryngée, sont exposés si facilement à l'asphyxie et aux accès de suffocation.

DIAGNOSTIC ET PRONOSTIC.

Le diagnostic de l'herpès du larynx chez l'adulte ne nous paraît présenter aucune difficulté. Les commémoratifs (impression du froid, début brusque), les phénomènes concomitants : éruption d'herpès, labial ou guttural, suffiront bien souvent pour faire soupçonner la localisation laryngée en présence des signes rationnels propres à l'organe vocal (aphonie, dysphagie...) — En tout cas l'examen laryngoscopique permettra de reconnaître d'une façon non douteuse l'affection en mettant sous les yeux du clinicien la lésion elle-même.

Ici une question intéressante se pose à nous ? Est-il possible de reconnaître aussi facilement chez les enfants la maladie dont nous nous occupons ? Evidemment non. Nous sommes convaincu, après les

éminents auteurs que nous avons signalés, que bien des croups considérés comme diphthériques ne sont autre chose que des éruptions d'herpès laryngé; mais dans l'état actuel de la science il nous est impossible de différencier cliniquement ces différentes affections; sans doute on pourra avoir de fortes présomptions pour la maladie herpétique dans les cas sporadiques où la contagion n'existera pas, où les fausses membranes resteront limitées et s'accompagneront d'herpès.

La notion du début brusque, de l'intensité des symptômes généraux, de la marche de la maladie plaidera aussi en faveur de l'herpès du larynx; mais tous ces signes réunis ne pourront entraîner la conviction scientifique.

Force nous est donc de laisser la question en suspens. D'ailleurs, nous le rappelons, la thérapeutique n'aurait probablement pas à y gagner puisque l'indication à la trachéotomie subsiste en dehors de la nature même de l'affection laryngée.

Le pronostic de l'herpès du larynx comme celui de l'herpès en général est essentiellement bénin. Toutefois ici encore la notion d'âge joue un grand rôle, et on comprend que le larynx des enfants privé presque complètement de glotte intercricoïdienne ne puisse supporter, sans danger pour la respiration, la moindre lésion de la muqueuse, quelque bénigne qu'elle soit.

Rappelons que dans ces cas possibles, la trachéotomie, en supprimant l'asphyxie de cause laryngée,

doit presque fatalement avoir un résultat favorable.

TRAITEMENT.

Ce chapitre ne nous arrêtera pas longtemps, car il ne comporte rien de spécial à la localisation dont nous nous occupons.

L'expectation sera le plus souvent la meilleure règle de conduite du praticien.

On prescrira le repos à la maison, des boissons acidules. Dans le cas où la dysphagie et la douleur à la gorge priment les autres symptômes, nous ne voyons nul inconvénient à prescrire un gargarisme légèrement morphiné qui calmera la douleur et permettra au malade d'avaler quelques aliments.

Nous ne faisons que signaler la trachéotomie qui chez les enfants trouve probablement ses indications, ainsi que nous l'avons fait prévoir plus haut.

CONCLUSIONS.

1° L'existence de l'herpès du larynx, soupçonnée bien avant que l'on connût l'herpès des muqueuses, a été mise hors de doute par le laryngoscope.

2° Il y a donc lieu de lui réserver une place dans l'étude des maladies aiguës du larynx.

3° L'existence démontrée de cet herpès renforce l'hypothèse que certains croups bénins pourraient être dus au développement d'herpès dans le larynx.

OBSERVATION I.

Résumé de l'observation de M. Fernet. (In Bulletin de la Société clinique, 1878.)

Un homme de 30 ans est en traitement à Saint-Antoine pour la tuberculose pulmonaire.

Un matin, le 26 avril 1878 (15 jours environ après son entrée), ce malade se plaint de picotements dans les yeux avec écoulement abondant de larmes sans photophobie; l'examen des yeux montre quelques points rouges isolés sur les conjonctives palpébrales, surtout au voisinage du bord libre des paupières. Il y a en même temps un peu de coryza et depuis hier il y a eu 8 à 10 selles en diarrhée.

Le lendemain, 27 avril, apparition de 7 à 8 vésicules d'herpès groupées sur la face au-dessus du sillon naso-génien du côté droit, persistance de la diarrhée, pas de fièvre. Le lendemain l'éruption d'herpès cutané se généralise, occupant les membres inférieurs, surtout au voisinage des genoux; les membres supérieurs, surtout au voisinage des poignets, et le tronc, principalement en arrière où il y a des plaques, les unes vésiculeuses, la plupart bulleuses. La diarrhée continue; pas de fièvre. Le

29 avril, l'éruption cutanée est encore plus abondante, mais de plus le malade se plaint de *mal de gorge* et il est *enroué*; l'examen de la gorge ne révèle encore que de la rougeur sur les piliers antérieurs. Il est survenu un mouvement fébrile assez vif.

Le 30 avril, le mal de gorge et l'enrouement sont encore plus accusés et nous constatons des faits intéressants : sur le bord libre du voile du palais et de chaque côté de la base de la luette, nous trouvons un chapelet de vésicules très rapprochées les unes des autres, dont les unes ont le volume d'une tête d'épingle; les autres celui d'une lentille, de couleur blanchâtre comme si elles étaient remplies d'un liquide séro-lactescent; autour d'elles la muqueuse n'est que modérément rouge et sur ce fond les vésicules se détachent nettement: la plupart paraissent intactes et distendues par le liquide qu'elles renferment. L'éruption de la peau a encore augmenté, elle se présente sous plusieurs aspects; çà et là sur le tronc des groupes nettement vésiculeux ayant la forme nummulaire et figurant deux zones concentriques séparées par un intervalle de peau saine, ici des vésicules discrètes ou confluentes de volume variable, là, enfin, des bulles de moyenne dimension.

Le malade éprouve quelques picotements au niveau des plaques éruptives, il est surtout gêné par l'éruption très abondante du cou et des aisselles. La fièvre persiste.

Le 1^{er} mai l'aspect des vésicules échelonnées sur le bord libre du voile du palais s'est notablement modifié ; à la place occupée hier par les vésicules on voit une couche blanchâtre presque uniforme rappelant l'apparence des plaques muqueuses ; on ne voit plus qu'une grosse vésicule très nette sur la partie droite du palais. Cependant la voix reste enrouée depuis deux jours et je soupçonne alors qu'il pourrait exister dans le larynx une éruption analogue à celle de la gorge. N'ayant pas de laryngoscope sous la main, je m'adresse à l'obligeant concours de mon collègue le D^r C. Paul : nous constatons ensemble et faisons constater à nos élèves *l'existence d'une grosse vésicule blanchâtre siégeant sur la muqueuse qui recouvre la face antérieure du cartilage aryténoïde gauche* ; autour d'elle, la membrane muqueuse paraît à peu près saine. La tolérance du malade pour l'examen laryngoscopique permet d'examiner attentivement cette vésicule et de la voir avec la plus grande netteté ; elle ressemble de tout point aux vésicules que nous avons observées la veille sur le voile du palais. L'éruption cutanée persiste. Il y a de plus une légère épistaxis ; la fièvre reste vive.

Le 2 mai, l'éruption de la peau se modifie ; quelques-unes des vésicules se sont flétries, d'autres se sont rompues. Sur le bord libre du voile du palais on ne trouve plus qu'un exsudat blanchâtre qui ne forme plus une couche continue.

Le 3 mai l'enrouement diminue, et en pratiquant

L'examen laryngoscopique, je constate que la grosse vésicule qui s'était développée sur la muqueuse aryténoïdienne a disparu laissant à sa place une tache rouge. D'autre part la muqueuse du voile du palais ne présente plus à son bord libre qu'un aspect mamelonné avec de minces exsudats blanchâtres. Le malade rend en toussant une assez grande quantité de crachats sanguinolents dont quelques-uns, par leur consistance et par leur viscosité, rappellent les crachats de la pneumonie. L'examen du thorax donne seulement des signes de bronchite et aucun signe de pneumonie. L'éruption cutanée se flétrit et se sèche. Quelques vésicules nouvelles ont encore apparu cette nuit en divers point de la peau. La fièvre persiste.

Le 4 mai l'enrouement et le mal de gorge ont diminué : les crachats ont perdu l'apparence de crachats pneumoniques. L'éruption cutanée est presque effacée sur certains points ; elle est encore confluyente aux aisselles. De grosses vésicules se sont encore montrées dans la nuit ; mais elles semblent moins remplies de liquide que les premières. On ne trouve plus dans le larynx qu'une légère rougeur sur la muqueuse aryténoïdienne.

Jusqu'au 8 mai, il se fait encore quelques éruptions vésiculeuses et bulleuses peu abondantes en divers points du corps ; l'affection de la gorge et celle du larynx sont terminées ; la voix a repris ses caractères antérieurs ; mais à deux reprises, le malade a eu de légères épistaxis imputables sans

doute à une éruption dans les fosses nasales. A partir de ce moment, l'éruption d'herpès qui a occupé tant de sièges différents peut être considérée comme terminée.

OBSERVATION II. (Personnelle).

Le nommé F... (Antoine), âgé de 30 ans, commissionnaire, entre le 28 juillet 1882 à l'hôpital Lariboisière, salle Saint-Charles, n° 4, service de M. le docteur Proust.

C'est un homme de vigoureuse constitution, qui n'a jamais eu aucune maladie.

Il se couche très bien portant le dimanche soir 23 juillet, mais le lendemain à son lever, il ressent à la gorge une certaine gêne qui s'exagère par les mouvements de déglutition, et se complique dans ce cas de douleurs dans la tête et dans les oreilles. Le malade n'en continue pas moins son travail, mais peut à peine manger.

Mercredi matin (avant-hier) il se lève avec un peu de fièvre ; il a mal reposé la nuit et souffre davantage à la gorge. La fièvre persiste dans la journée et s'accompagne de quelques frissonnements.

Le lendemain jeudi, la voie est un peu couverte.

A son entrée, le vendredi, nous constatons l'état suivant :

La voix est couverte, mais n'est pas éteinte. Le malade peut encore se faire comprendre à quelque

distance. Langue saburrale, léger mouvement fébrile.

A l'examen du pharynx, on trouve la paroi postérieure uniformément rouge. Cette coloration existe, mais moins intense sur les amygdales et le voile du palais. En abaissant fortement la langue, on aperçoit sur la partie inférieure de la paroi pharyngienne des vésicules opalines, d'autant plus confluentes qu'elles se rapprochent du larynx. Il existe aussi, à l'état isolé, un point blanc sur l'amygdale droite et une vésicule sur le bord du voile du palais près de la luette.

A l'examen laryngoscopique, l'épiglotte et les aryténoïdes sont le siège d'une vive rougeur et présentent une légère tuméfaction. Des vésicules opalines, très bien arrondies, du volume d'une tête d'épingle, ressortent très nettement sur ce fond rouge. Il en existe cinq ou six sur la muqueuse aryténoïdienne. L'épiglotte en possède beaucoup plus, surtout sur sa circonférence. En un point même, elles sont confluentes et forment une plaque grisâtre, irrégulière et plus large.

Les cordes vocales sont rouges et tuméfiées légèrement, mais ne présentent en aucun point de vésicules analogues. Les cordes inférieures ont leur aspect nacré ordinaire, mais elles ne se rapprochent pas très complètement pour l'articulation des sons.

Léger engorgement sous-maxillaire.

On diagnostique : herpès localisé au larynx et au pharynx.

On prescrit un gargarisme avec chlorhydrate de morphine 0,05 centigrammes, pour faciliter la déglutition et calmer la douleur de gorge.

Le 29 juillet, le malade se trouve beaucoup mieux. Plus de fièvre. La gêne à la gorge s'est amendée. Voix toujours un peu couverte, mais moins que la veille.

État local : rougeur moindre, mais vésicules remplacées par plaques grises arrondies.

Le 31 juillet, le malade se trouvant suffisamment guéri, demande son exeat.

Il revient deux jours plus tard à la consultation laryngoscopique.

La gorge encore un peu rouge ne présente plus de traces d'herpès. Les aryténoïdes sont dans le même cas. L'épiglotte au contraire est recouverte sur son bord par un bande grisâtre résultant de la confluence de plusieurs vésicules séparées les jours précédents.

Le malade avale maintenant sans douleurs.

BIBLIOGRAPHIE.

- BRETONNEAU. — Des inflammations spéciales du tissu muqueux et en particulier de la diphthérie ou inflammation pelliculaire, etc. Paris, 1826.
- BILLARD. — De l'état actuel de nos connaissances sur le croup. In Archives générales de médecine, t. XII, 1826.
- ANDRAL. — Précis d'anatomie pathologique, 1829.
- GUERSANT. — Dictionnaire en 30 volumes, 1830, t. IX.
- CRUVEILHIER. — Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques, t. XI.
- PIDOUX. — Journal de médecine et de chirurgie, 1845.
- RILLIET et BARTHEZ. — Traité des maladies des enfants.
- G. SÉE. — Bulletin de la Société médicale des hôpitaux, t. IV.
- LABOULBÈNE. — Recherches cliniques et anatomiques sur les affections pseudo-membraneuses, 1863.
- GUBLER. — De l'herpès guttural. Société médicale des hôpitaux, 1857.
- FÉRON. — De l'angine herpétique. Thèse inaugurale, 1858.
- LASÈGUE. — Traité des angines, 1868.
- MORAX. — Recherches sur la nature, le diagnostic et le traitement des affections couenneuses du larynx, 1864.
- PETER. — Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales, 1^{re} série, t. IV.
- MANDL. — Traité pratique des maladies du larynx et du pharynx, 1872.
- FERNET. — Bulletins de la Société clinique, t. II, 1878.
-

QUESTIONS

SUR LES DIVERSES BRANCHES DES SCIENCES MÉDICALES.

Anatomie. — Structure et développement des os.

Physiologie. — Fonction du foie.

Physique. — Appareils d'induction.

Chimie. — Les eaux ferrugineuses.

Histoire naturelle. — De l'opium.

Pathologie externe. — Polypes muqueux des fosses nasales.

Pathologie interne. — Des complications de la fièvre typhoïde.

Pathologie générale. — Des constitutions médicales.

Médecine opératoire. — Des différents procédés de réduction des luxations de l'épaule.

Pharmacologie. — Des cataplasmes et des sinapismes.
Quelles sont les fécules et les farines le plus souvent employées à leur préparation.

Thérapeutique. — De la digitale.

Hygiène. — Des bains.

Médecine légale. — Empoisonnement par l'arsenic.

Accouchements. — Des bassins viciés.

Vu, le président de la thèse,
LABOULBÈNE.

Vu et permis d'imprimer,
Le vice-recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

